

## Consentimiento del Programa de Cuidado de Crianza Temporal Extendida Extended Foster Care Program Consent

Usted ha elegido ser parte del Programa de Crianza Temporal Extendida. Mientras se encuentre en el Programa de Crianza Temporal Extendida, sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su cuidado deben ser capaces de hablar unos con otros sobre su salud y/o atención de la salud mental. También tienen que compartir su información salud y/o salud mental con los demás para darle una mejor atención. Si usted no firma este formulario, o no desea estar en el Programa de Crianza Temporal Extendida, aún podrá obtener beneficios de atención médica mientras sea elegible para la cobertura de Medicaid.

Si está de acuerdo y firma este formulario, se le permite a la Unidad de Coordinación Cuidado del Bienestar Temporal (FWB CCU) y los socios que figuran en este formulario obtener, ver, leer, copiar y compartir con los demás TODA su información médica que necesitan para ayudarlo a administrar su atención médica. La información de salud que ellos reciben, ven, leen, copian y comparten, podrá ser desde antes y después de la fecha en la que firma este formulario. Sus registros de salud pueden tener información sobre enfermedades o lesiones que tiene o puede haber tenido antes, resultados de pruebas, tales como radiografías o análisis de sangre, y los medicamentos que está tomando o ha tomado antes. Su registro de salud también puede tener información sobre:

1. Programas de consumo de drogas o alcohol, en los cuales está ahora o estuvo antes;
2. Servicios de planificación familiar, como control de natalidad y aborto;
3. Enfermedades hereditarias;
4. VIH/SIDA;
5. Condiciones de salud mental, y/o
6. Enfermedades de transmisión sexual (enfermedades que puede adquirir al tener relaciones sexuales).

Su información médica es privada y no se puede dar a otras personas sin su permiso en virtud de las leyes y normas del estado de Washington y de los Estados Unidos. Los socios que tienen su información de salud no pueden dar información sobre su salud a otras personas a menos que usted acepte o la ley diga que pueden dar la información a otras personas. Esto es cierto si su información de salud está en un sistema informático o en papel.

ESTOY DE ACUERDO que la FWB CCU reciba TODA mi información de salud de los socios que figuran en este formulario para que me ayuden en la gestión de mi atención médica y verifiquen si estoy en un plan de atención administrada y para qué beneficios soy elegible. También ESTOY DE ACUERDO que los socios que figuran en este formulario puedan compartir mi información de salud con los demás. Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento al firmar un Formulario de Retiro de Consentimiento y dárselo a mi Trabajador Social o al FWB CCU. Esto no afectará la información ya compartida.

Expresamente doy el permiso para la información siguiente a fin de ser divulgada:

INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA

INICIALES

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas, diagnóstico o registros de tratamiento de VIH/SIDA y ETS (RCW 70.24.105) |  |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental (RCW 71.05.620)   |  |
| <input type="checkbox"/> Registros de Dependencia Química (CD) (42 CFR Parte 2)  |  |

**Algunas leyes cubren la atención del VIH/SIDA, los registros de salud mental y el uso de drogas y alcohol. Los socios que utilizan su información de salud deben obedecer esas leyes. Lea toda la información de este formulario antes de firmarlo.**

A menos que previamente sea revocado por mí, la específica información anterior es válida hasta \_\_\_\_\_.  
FECHA DE EXPIRACIÓN

NOMBRE DEL CLIENTE EN LETRA IMPRENTA	FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE	
FIRMA DEL CLIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE	FECHA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LETRA IMPRENTA	RELACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL ANTE EL CLIENTE	
INDIQUE EL NOMBRE DE LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES	FECHA	INICIALES DEL CLIENTE